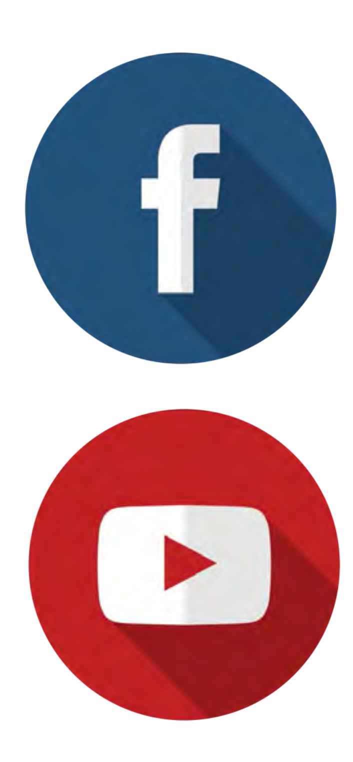
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







DOULEUR THORACIQUE

COURS DES EXTERNES EN 6eme ANNEE

Dr.H.YAHIAOUI.EPH KOUBA

PLAN

INTRODUCTION

Motif de consultation le plus fréquent

- Pathologies fonctionnelles, organiques +++
- Pas de parallélisme entre l'intensité de la douleur et la gravité de la pathologie
- « Ne pas passer à côté » d'une urgence vitale ++++++
- Différencier la douleur chronique de la douleur aigüe

DOULEUR THORACIQUE AIGUE

- Tout malade se présentant aux urgences médico-chirurgicale avec une douleur aigue doit être pris en charge comme un malade dont le pronostic vital est mis en jeu.
- Les signes de gravité sont recherchés systématiquement
- La douleur est considérée comme organique jusqu'à preuve du contraire

INTERROGATOIRE

- ATCD médicaux et chirurgicaux personnels
- ATCD familiaux cardio vasculaires
- Facteurs de risque cardio-vasculaires
- Traitement actuel
- Caractéristiques de la douleur

CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR (1)

- Date de début et fréquence de survenue(aigue, chronique), horaire
- Circonstances d’apparition :repos, effort, post prandiale, changement de position, à la toux, à l’inspiration, à la pression du thorax.
- Siège: rétrosternal,basi ou latéro thoracique, en hémi ceinture, rétro scapulaire, épigastrique.
- Type: brûlure, pesanteur, constriction, pointe, crampe
- Facteurs aggravants ou antalgique :position, effort, repos, antalgique simple.

CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR (2)

- Irradiation ou migration : ascendante, descendante, en hémi-ceinture, à la mâchoire, omoplate ou aux bras)
- Durée
- Signes associés: dyspnée, toux, expectoration, hémoptysie, pyrosis, syndrome grippal, fièvre…

EXAMEN CLINIQUE

- Vérifier si présence de détresse vitale qui orientera la prise en charge:

- Détresse cardio-vasculaire, instabilité hémodynamique
- Détresse pulmonaire…

EXAMENS COMPLEMENTAIRES(1)

SI PRONOSTIC VITAL MIS EN JEU :

- NE PAS **DEPLACER** LE MALADE POUR UN EXAMEN COMPLEMENTAIRE

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (2)

2 examens indispensables:

- ECG ++++
- TELETHORAX

L'ECG est l'examen complémentaire essentiel qui présente deux avantages:- permet le diagnostic de pathologies cardio-vasculaire dont le pronostic est mis en jeu.

-peut se faire sans déplacer le malade

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (3)

En fonction des hypothèses diagnostiques:

Imagerie:

- angioscanner, scintigraphie pulmonaire, coronarographie

Biologie:

- Gaz du sang, enzymes cardiaques, D.Dimères

URGENCES VITALES :

Douleur de topographie médiane ,antérieure ou postérieure.

1-SYNDROMES CORONARIENS AIGUS = SCA (1)

- INTERROGATOIRE:
- Homme > 40 ans
- ATCD MALADIE CV
- Facteur de risque 1 ou plusieurs
- Douleur thoracique récente, spontanée ou à l’effort
- Médio thoracique en barre
- Oppression thoracique, pesanteur mal localisée, rétro sternale

SCA (2) :

- INTERROGATOIRE (suite)

- Irradiation: cou, mâchoire, les 2 bras , dos
- Signes accompagnateurs : dyspnée, sueur, pâleur

- +++ pathologie cv

EXAMEN CLINIQUE

- L'EXAMEN CLINIQUE PEUT ETRE NORMAL

EXAMEN COMPLEMENTAIRE (1)

ECG pathologique

Radio pulmonaire normale

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (2)

- **ECG:**

-sus décalage persistant du segment ST : SCA ST+

Indication d'une reperfution perfusion en urgence.

-SCA non ST+ ,+/- trouble de la repolarisation = modification électrique » suspecte ».

Nécessité de rechercher l'élévation des troponines

-Pas de modification électrique , troponine négative : angor instable

SCA

- HOSPITALISATION EN CARDIOLOGIE OU EN REANIMATION MEDICALE

Pour:

-Reperméabilisation en urgence

-Surveillance scopique continue(risque de trouble du rythme , ACC)

-Traitement médical

INFARCTUS DU MYOCARDE :

Douleur thoracique avec SCA avec ST + ou sans ST +

- Troponine élevée
- Apparition d’ une onde Q de nécrose
- T- ,BBG
- Anomalie de la cinétique pariétale cardiaque(échographie cardiaque)
- Absence de viabilité d’un segment du myocarde(IRM ,scintigraphie myocardiaque)
- Nécessite un traitement médical

2-PERICARDITE AIGUE (1) :

- Inflammation du péricarde
- Peut être sèche ou avec épanchement

PERICARDITE AIGUE (2):

- CARACTERISTIQUE DE LA DOULEUR:

- Médio thoracique
- D'allure angineuse
- Survient au repos
- Majorée par l'inspiration profonde et décubitus dorsal
- Soulagé par l'anté flexion
- Signe accompagnateur: fièvre

PERICARDITE AIGUE (3):

- Contexte viral

- Examen clinique:

Frottement péricardique inconstant (crissement de cuir)persistant en apnée : signe **pathognomonique** mais fugace.

PERICARDITE AIGUE (4):

- Radiographie pulmonaire : cardiomégalie si épanchement important
- ECG: micro voltage en cas d’épanchement
- Échographie cardiaque : diagnostic positif

PERICARDITE AIGUE (5):

- **TRAITEMENT:**

- Repos
- Aspirine ou Colchicine

PERICARDITE AIGUE (6) :

- La tamponnade est une urgence thérapeutique qui consiste à drainer l’épanchement péricardique.

3-DISSECTION AORTIQUE (1)

- Déchirure de la paroi aortique

INTERROGATOIRE:

- HTA ancienne
- ATCD familiaux d'anévrysme , mort subite

Douleur brutale, intense et prolongée, thoracique antérieure ou postérieure, parfois transfixiante avec paroxysme douloureux d'irradiation dorsale, migratrice, trinitro-résistante

DISSECTION AORTIQUE (2)

- EXAMEN CLINIQUE:

- Souffle diastolique
- Asymétrie tensionnelle

4-EMBOLIE PULMONAIRE (1)

- **DEFINITION:**

Obstruction partielle ou complète d'une artère pulmonaire ou de ses branches par un caillot cruorique

EMBOLIE PULMONAIRE (2)

- **Interrogatoire:**

- Contexte de maladie thromboembolique
- Alitement prolongé récent, chirurgie orthopédique ou urologique, ATCD thromboembolique, post-partum

EMBOLIE PULMONAIRE (3)

- **DOULEUR :**

- Latéro ou basi thoracique
- Vive, brutale, à type de point de côté
- Dyspneisante, anxiogène
- Augmentée par l'inspiration
- Accompagnée de toux ,hémoptysie, polypnée ,lipothymie ou syncope

EMBOLIE PULMONAIRE (4)

- **EXAMEN CLINIQUE:**

- Tachycardie
- Chute tensionnelle voire état de choc
- Polypnée voire détresse respiratoire
- Lipothymie, syncope
- Cyanose
- Toux + hémoptysie

EMBOLIE PULMONAIRE (5)

EXAMEN COMPLEMENTAIRE:

Radiographie pulmonaire:

- Peut être normale
- Foyer d'hypoventilation pulmonaire
- Surélévation d'une coupole diaphragmatique

EMBOLIE PULMONAIRE (6) :

EXAMENS COMPLEMENTAIRE :

ECG:

- Tachycardie
- S1Q3
- BDB droit récent

EMBOLIE PULMONAIRE (7)

- **EXAMEN COMPLEMENTAIRE:**

- -D.Dimere: quand(–) il élimine le diagnostique
- -gaz du sang: hypoxie –hypocapnie
- Échographie cardiaque :signes droits
- -scintigraphie pulmonaire, scanner thoracique, angiographie pulmonaire++++
- -doppler veineux des membres inférieurs

EMBOLIE PULMONAIRE (8) :

- **TRAITEMENT:**

- Anticoagulation à dose hypo coagulante+++
- Traitement symptomatique en fonction de la clinique (remplissage vasculaire avec introduction des drogues vasoactives si nécessaire, oxygénothérapie voire intubation endotrachéale avec respiration artificielle).

5-PNEUMOPATHIE INFECTIEUSE (1) :

Clinique:

- Contexte infectieux : frisson, fièvre, expectoration purulente

- Douleur basithoracique:

Augmente à l'inspiration

Associée à : toux, dyspnée

PNEUMOPATHIE INFECTIEUSE (2) :

- Douleur de type pleurétique
- Examen clinique : râle bronchique ,parfois quelque sibilant

PNEUMOPATHIE INFECTIEUSE (3) :

RADIOTHORACIQUE:

- Opacité plus ou moins dense
- Systématisé ou diffuse

6-EPANCHEMENT PLEURAL (1) :

Douleur :

- Douleur souvent brutale, latéralisée, irradiant vers l’épaule
- Exagérée par la toux ,mouvement respiratoire

EPANCHEMENT PLEURAL (2) :

EXAMEN CLINIQUE:

- -dyspnée, polypnée superficielle
- Auscultation : diminution des MV

EPANCHEMENT PLEURAL LIQUIDIEN (3) :

Radio thoracique:

- Epanchement liquidien.

PNEUMOTHORAX

- Douleur violente
- Dyspnée++++
- Baisse unilatérale des MV
- Si bilatéral il devient suffocant et nécessite un drainage en urgence

DOULEUR ABDOMINALE A IRRADIATION THORACIQUE :

- Cholécystite aigue
- Pancréatite aigue
- Abcès sous phrénique
- péritonite

DOULEURS OESO-GASTRO-DUODENALES(OGD)

SPASME OESOPHAGIEN :

- Douleur médio-thoracique constrictive ,sensation de pesanteur analogue à la douleur angineuse
- Sensible à la trinitrine
- T(–) per critique
- Nécessite parfois coronarographie pour éliminer cardiopathie ischémique

DOULEUR OGD (2) :

REFLUX GASTRO-OESOPHAGIEN:

- Brûlure rétro-sternale aggravée ou provoquée par l'antéflexion
- Survient après le repas
- Soulagée par les anti acide
- Favorisée par :alcool , café ,tabac aliments riches en graisse
- L'endoscopie digestive objective une hernie hiatale

Douleur OGD (3) :

Ulcère gastro-duodénal:

- Dans sa forme atypique ,la douleur peut être dorsale et non rythmée par les repas

DOULEUR OSSEUSE :

- Notion de néoplasie ou de traumatisme
- Exacerbée par la palpation, changement de position et l'inspiration profonde

DOULEUR NEUROLOGIQUE :

Douleur:

- de type radiculaire
- Brutale
- En ceinture, hémi-ceinture
- Lancinante
- Retrouvée dans: zona, tassement vertébrale

DOULEUR RHUMATOLOGIQUE :

Syndrome de Tietze:

- Localisation sur le 2ème cartilage chondro-costal
- Mécanique aggravée par la toux;
- La palpation retrouve une tuméfaction

DOULEUR CARDIAQUE :

DOULEURS CARDIAQUES: sont chroniques

- Angor d’effort: nécessite une exploration à type de épreuve d’effort, scintigraphie….

- Prolapsus valvulaire mitral: se caractérise par un excès de tissu valvulaire au niveau de la petite valve mitrale et une élongation des cordage;

DOULEUR PSYCHOGENE :

- La douleur psychogène est une douleur d'élimination

CRITERES DE NON ADMISSION HOSPITALIERE :

- Ne pas hospitaliser un malade qui présente une douleur thoracique nécessite la présence de certains critères :
- FC< 100 batt/mn
- FR< 20/mn sans dyspnée
- Pas de souffle diastolique d'insuffisance Ao
- Pas de douleur angineuse
- Examen cardio-pulmonaire normal
- Pas de facteur de risque CV
- Examen clinique, ECG et radiographie du thorax normaux

CONCLUSION :

- La hantise d'un médecin qui reçoit un malade est de méconnaitre une urgence vitale à un stade précoce qui nécessiterait une prise en charge rapide .
- L'interrogatoire se doit d'être précis, l' examen clinique minutieux et les examens complémentaires de base demandés;
- Dans le doute le malade est gardé en observation ou si nécessaire hospitalisé

« LA MALADIE N’A QU’UN DROIT, C’EST LE DROIT AU REMEDE »

Louise Ackermann

MERCI